

Name des Patienten:

Datum

## Geriatrische Depressionskala

| Nr. | Frage   | JA | NEIN |
|-----|---|----|------|
| 1.  | Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?                               |    |      |
| 2.  | Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?                    |    |      |
| 3.  | Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?                               |    |      |
| 4.  | Ist Ihnen oft langweilig?   |    |      |
| 5.  | Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?   |    |      |
| 6.  | Haben Sie Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?                      |    |      |
| 7.  | Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?                                      |    |      |
| 8.  | Fühlen Sie sich oft hilflos?  |    |      |
| 9.  | Bleiben Sie lieber zuhause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?        |    |      |
| 10. | Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen? |    |      |
| 11. | Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?                                       |    |      |
| 12. | Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?                 |    |      |
| 13. | Fühlen Sie sich voller Energie?   |    |      |
| 14. | Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?                               |    |      |
| 15. | Glauben Sie, dass es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?                  |    |      |

Auswertung: Für Antwort NEIN auf die Fragen 1, 5, 7, 11, 13 sowie für Antwort JA auf die übrigen Fragen gibt es je einen Punkt

|  |       |               |  |
|--|-------|---------------|--|
|  | Summe | max. 15 Pkte. |  |
|--|-------|---------------|--|

Mehr als 5 Pkte.: Es besteht möglicherweise eine Depression  
 → Weitergehende Diagnostik erforderlich

(Quelle: nach Yesavage et al. (1983))